Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

29 509 Palliatieve zorg

Nr. 60

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 5 april 2016

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 26 januari 2016 inzake de aanbieding van de Managementrapportage 2015 van ZonMw over de uitkomsten van het eerste volle jaar van het programma «Palliantie Meer dan zorg» (Kamerstuk 29 509, nr. 52).

De Staatssecretaris heeft deze vragen beantwoord bij brief van 4 april 2016. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Lodders

De adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

kst-29509-60
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2016

1
Kunt u een duidelijk overzicht geven van de zeven opgerichte consortia, met daarbij in ieder geval aangegeven de samenwerkende partijen (uitgesplitst naar partijen in de projectgroep en op andere wijze betrokken partijen), de toegekende budgetten en de doelen die zijn geformuleerd?

1
In de bijlage 1 staat het complete overzicht van de zeven consortia[1]. Deze consortia hebben in 2015 een subsidie van ieder 80.000 euro gekregen om de aanloopkosten te dekken en het consortium van de grond te krijgen. Dit is verlengd in 2016 (met 40.000 euro per consortium). Daarna is het de bedoeling dat de consortia zichzelf financieren, met eventueel ondersteuning van IKNL (die ook deel uitmaakt van de consortia).

De consortia volgen de 13 doelen van het nationaal programma die ook zijn overgenomen in het programma «Palliantie. Meer dan zorg» en kunnen daar hun eigen accenten in leggen. Daarnaast kunnen consortia desgewenst hun eigen aanvullende missie en visie formuleren. Het overzicht van partners en aanvullende doelen van de consortia is te vinden op de website van stichting Agora, waar de communicatie rond de consortia is gebundeld, zodat geïnteresseerden op één plek informatie van en over de consortia kunnen terugvinden.

2
Wat is precies de bijdrage aan de website Agora? Om welk bedrag gaat het en waarvoor is dat budget gebruikt?

2
De bijdrage aan www.agora.nl bedraagt 50.000 euro en wordt verstrekt vanuit het programma «Palliantie. Meer dan zorg». De bijdrage is gekoppeld aan de opdracht van VWS aan Agora om de communicatie over het Nationaal Programma Palliatieve Zorg te verzorgen (zoals aangeven in de brief aan de Tweede Kamer, Kamerstuk 29 509, nr. 50, pagina 2). Met de subsidie heeft Agora een nieuwe interactieve website gemaakt met een aparte knop voor het NPPZ. Hier zijn naast de informatie over het Programma «Palliantie. Meer dan zorg» ook consortiumpagina's en ruimte voor nieuwsberichten opgenomen.

3
In de managementrapportage wordt aangegeven dat het programma in de volgende ronde meer uit de A-projecten wil halen en daarvoor aangescherpte criteria of procedures op wil stellen. Kunt u toelichten wat er wordt bedoeld met de opmerking dat het programma meer uit de A-projecten wil halen? Kunt u ook toelichten waarom die wens/dat voornemen wordt uitgesproken?

3
De A-projecten hebben een budget van maximaal 1 miljoen euro en een looptijd van maximaal vier jaar. In de rapportage wordt inderdaad gesteld dat ZonMw nog meer uit de A-projecten wil halen. De eerste ronde in 2015 heeft vijf goede projecten opgeleverd die de grote impact en nationale betekenis hebben die van projecten met een relatief hoog budget mag worden verwacht. Onder de afgewezen tien projecten zat echter een aantal projecten dat niet voldeed aan deze criteria (ze waren bijvoorbeeld kleinschalig of lokaal van opzet). De aanscherping van de criteria dient er dus voor te zorgen dat meer nieuwe aanvragen voor

[1] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

A-projecten voldoen aan de criteria en dat de afbakening met zogenaamde B-projecten nog duidelijker is.

4
Op pagina 5 wordt gesteld dat de programmacommissie Verbeterprogramma Palliatieve Zorg (VPZ) aanbevelingen heeft gedaan voor inhoudelijke aanpassingen, financiën en procedures. Welke aanbevelingen zijn opgepakt en wat is er mee gedaan? Welke aanbevelingen zijn niet overgenomen en waarom is tot dat besluit gekomen? Graag een uitputtend overzicht.

4
De adviezen betreffen het onderzoek naar de Zorgmodule in opdracht van het Verbeterprogramma Palliatieve Zorg (zie bijlage 2[2]). In bijlage 3 van dit rapport zijn diverse adviezen gegeven voor inhoudelijke aanpassingen van de zorgmodule. Daarnaast zijn adviezen gegeven over het beleggen van de zorgmodule (bij een partij met voldoende draagvlak en doorzettingskracht), wat landelijke stakeholders kunnen doen om de zorgmodule te implementeren, hoe de financiering van verdere implementatie te regelen en dat de zorgmodule moet worden gebruikt als verbinder van diverse andere landelijke initiatieven op het gebied van kwaliteit van Palliatieve zorg.

Alle aanbevelingen zullen worden meegenomen in de verdere doorontwikkeling van de zorgmodule. In opdracht van de stuurgroep Palliatieve zorg bezien KNMG en NHG thans hoe de zorgmodule het best belegd kan worden en kan aansluiten bij het in ontwikkeling zijnde brede Kwaliteitskader en andere kwaliteitstrajecten in de Palliatieve zorg. Naar verwachting zal hierover dit najaar meer duidelijkheid komen. Ik kan daarom nu nog geen uitputtend overzicht geven welke aanbeveling op welke manier is opgepakt.

5
Kunt u het separate verslag met betrekking tot de evaluatie van de meldingsplicht aan de Kamer sturen?

5
Ja, zie bijgevoegde bijlage 3 met de evaluatie van de meldingsplicht voor «Palliantie. Meer dan zorg'[3].

6
Kunt u specifiek toelichten welke kennis voor onderwijsprogramma's voor aankomende zorgverleners er met de nu binnen dit programma gehonoreerde projecten wordt verkregen?

6
Voor elk gehonoreerd project geldt dat moet worden samengewerkt met relevante onderwijsorganisaties om de implementatie van de resultaten uit het gehonoreerde project mogelijk te maken. Op dit moment is het nog niet mogelijk om specifiek aan te geven welke kennis er in welke projecten zal worden gegenereerd.
Eind 2015 is een Kennissynthese Onderwijs over palliatieve zorg uitgezet bij de VUmc. De resultaten en het advies voor een vervolg worden deze zomer verwacht. Doelstelling van de kennissynthese is het doen van aanbevelingen voor een toekomstgericht, efficiënt en kwalitatief goed onderwijsaanbod voor alle professionele zorgverleners in de palliatieve zorg. Hiertoe zal het huidige onderwijsaanbod in palliatieve zorg in kaart

[2] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.
[3] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

worden gebracht en worden gekeken naar wie de betrokken stakeholders zijn, alsook naar de beleidsniveaus en verantwoordelijkheden voor goed en samenhangend onderwijs ten behoeve van de palliatieve zorg.
Samen met de bovengenoemde kennis uit de projecten kan dit vervolgens in onderwijsprogramma's worden verwerkt.

7
Kan het verslag van de expertmeeting op het onderwerp onderwijs aan de Kamer worden gestuurd?

7
Ja, het verslag van de expertmeeting is bijgesloten in de bijlage 4[4].

8
Welke top-down opdrachten zijn er al gegeven en welke zijn er al gepland? Kunt u duidelijk aangeven wat de inhoud is van die projecten en aan welke doelen deze bijdragen?

8
De huidige geplande en verstrekte top-down opdrachten staan beschreven in hoofdstuk 7 van de managementrapportage. Het gaat om opdrachten tot het maken van twee kennissyntheses en een opdracht rond kwaliteitsindicatoren. De kennissyntheses rond de doelen van «Palliantie. Meer dan zorg» en onderwijs zijn al uitgezet. De opdracht voor de kwaliteitsindicatoren loopt nog (mede afhankelijk van de ontwikkelingen rond het kwaliteitstraject, zoals beschreven in het antwoord op vraag 4). Er is geen nieuw topdown project gepland, mede omdat de subsidieronde in 2016 eerst wordt afgewacht.
De top-down opdrachten dragen bij aan alle geformuleerde doelen, waarbij de eerste kennissynthese vanzelfsprekend alle doelen van het NPPZ beslaat, de opdracht rond kwaliteitsindicatoren vooral aan de doelen op het thema kwaliteit zal bijdragen en de kennissynthese onderwijs dwarsdoorsnijdend aan de doelen op het terrein van bewustwording, kwaliteit en organisatie van zorg zal bijdragen.

9
Zijn er projecten die (gedeeltelijk) gericht zijn op de huidige wijze van financiering van palliatieve zorg of een mogelijke toekomstige wijze van financiering? Zo ja, welke projecten zijn dit en op welke wijze hebben deze projecten aandacht voor de financiering? Zo nee, zal dit een aandachtspunt zijn in een volgende subsidieronde of bij het toekennen van top-down projecten?

9
De financiering van palliatieve zorg maakt niet direct onderdeel uit van de eerder geformuleerde thema's van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg. Wel is er indirect een link tussen financiering en de organisatie van de zorg en zullen projecten op gebieden als transmurale zorg rekening moeten houden met de mogelijkheden die de huidige financieringsstructuur biedt.
In het AO Palliatieve zorg van 28 januari jl. is toegezegd om de Kamer voor de zomer te informeren over de voor- en nadelen van de verschillende opties voor financiering van Palliatieve zorg (Kamerstuk 29 509, nr. 59). Indien dat relevant en wenselijk is, kunnen de uitkomsten hiervan inderdaad worden meegenomen in het verdere verloop van het programma «Palliantie. Meer dan zorg», of bij het toekennen van nieuwe top-down projecten. Ik kan daar nu nog niet op vooruitlopen.

---

[4] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

10
Klopt het dat er geen enkel project is toegekend dat zich (gedeeltelijk) richt op de palliatieve zorg binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz)? Zo nee, zal deze sector een aandachtspunt zijn in een volgende subsidieronde of bij het toekennen van top-down projecten? In de managementrapportage is te zien dat er wel degelijk aanvragen op deze setting/deze doelgroep zijn ingediend. Kan worden toegelicht waarom deze allemaal zijn afgewezen? Had dit te maken met relevantie of met kwaliteit?

10
Het klopt dat er geen projecten zijn gehonoreerd, specifiek voor de doelgroep geestelijke gezondheidszorg. Hierop is extra gewezen in de oproep voor het indienen van projectideeën in 2016.
Er waren vijf subsidieaanvragen uitgewerkt in de ronde voor 2015. Redenen voor afwijzing hiervan zijn divers en betreffen zowel relevantie als kwaliteit. Zo zijn doelstellingen te breed geformuleerd of is er onduidelijkheid hoe met het brede scala aan psychische ziekten en diagnosediversiteit wordt omgegaan. Een andere reden voor afwijzing is het niet aangaan van een gewenste samenwerking, hetgeen dan zou kunnen leiden tot een te beperkte maatschappelijke en innovatieve impact.

11
Het valt op dat met name binnen het thema «Organisatie en continuïteit van zorg» weinig projecten zijn gehonoreerd, waren er binnen dit thema ook verhoudingsgewijs minder projectideeën en vervolgens subsidieaanvragen ingediend? Zijn er wellicht andere redenen waarom binnen dit thema opvallend weinig projecten zijn gehonoreerd?

11
Een eerste analyse leert dat er inderdaad verhoudingsgewijs wat minder subsidieaanvragen en projectideeën op dit gebied waren. Aan de andere kant wordt bij projecten die zich primair richten op specifieke doelgroepen, vaak ook naar de organisatie van de zorg voor deze doelgroepen gekeken. Ook zijn er twee projecten op dit thema gestart, waaronder een A-project. Het thema komt dus voldoende aan bod.
Er wordt vrij ingeschreven op de doelen in het programma en het wordt niet onderzocht waarom er op bepaalde doelen of thema's minder projectaanvragen worden ingediend. De projecten op dit thema zijn net als andere projecten getoetst op de criteria voor subsidieaanvragen. Voor de afgewezen projecten geldt dat in de kwaliteitsbeoordeling is geoordeeld dat de borging en/of implementatie onvoldoende uitgewerkt was of dat er onvoldoende aandacht was voor de drie pijlers onderwijs, praktijk en onderzoek.

12
Doelen, settings en doelgroepen die nu niet of onvoldoende zijn vertegenwoordigd in de gehonoreerde projecten, krijgen extra aandacht in de subsidieronde van 2016. Kan helder worden toegelicht op welke wijze? Is het voor de programmacommissie bijvoorbeeld een mogelijkheid dat in een volgende subsidieronde deze onderzoeksvoorstellen al bij een lagere (kwaliteits-/relevantie) beoordeling in aanmerking kunnen komen voor honorering?
Er wordt vervolgens aangegeven dat in de ronde 2016 inderdaad extra aandacht is gevraagd voor onderwerpen die aanvullend zijn op de gehonoreerde projecten in 2015 en onderbelichte doelen en doelgroepen. Kan worden aangegeven voor welke onderwerpen/thema's extra aandacht is gevraagd?

12
In de tekst van de oproep voor 2016 is de volgende passage opgenomen om extra aandacht te vragen voor de in 2015 nog onderbelichte thema's. «U wordt specifiek uitgenodigd om projecten in te dienen op onderwerpen die aanvullend zijn op de gehonoreerde projecten uit 2015 en onderbelichte onderwerpen of doelgroepen, zoals projecten op het spirituele en sociale domein, mantelzorgers en de geestelijke gezondheidszorg.»
De programmacommissie kan daar inderdaad in sturen, waarbij de projecten wel altijd aan relevantie en kwaliteitscriteria moeten voldoen. In de ronde voor 2016 zal overigens nog conform criteria uit 2015 worden gehonoreerd, omdat de spreiding over doelgroepen en thema's in 2015 op enkele uitzonderingen na naar tevredenheid is verlopen.

13
De motie-Van der Staaij (Kamerstuk 34 000 XVI, nr. 77) eist dat 50% van het budget bestemd moet zijn voor implementatie. In de managementrapportage staat «de indieners kunnen een lager budget voor implementatie reserveren in hun project. Deze indieners lopen dan wel de kans dat het project minder relevant beoordeeld wordt, omdat de commissie zich verplicht heeft zich aan de 50% norm te houden». Kan worden aangegeven of er inderdaad projecten zijn afgewezen omdat zij te weinig budget aanvroegen voor implementatie die voor de rest qua kwaliteit en relevantie (zeer) goed of (zeer) relevant zijn? Zo ja, hoeveel projecten waren dit? Is er op enigerlei wijze een stimulans geweest voor projectindieners (in welke fase van het subsidieproces dan ook) om een hoger implementatiebudget aan te vragen om een grotere kans te maken op honorering? Ook als een dergelijk hoger implementatiebudget eigenlijk niet nodig was voor het behalen van de gewenste resultaten? Hoe heeft de programmacommissie deze striktheid in haar werk ervaren? Is dit een gewenst effect van de motie?

13
Het is in 2015 niet voorgekomen dat projecten zijn afgewezen vanwege de implementatie-eis van 50%. Wel is goed in de gaten gehouden of de overall doelstelling van 50% zou worden behaald. Het is overigens mijns inziens niet wenselijk om per project de doelstelling van 50% implementatie te hanteren en dit is ook niet zo toegepast. Het kan soms nodig zijn om voor een bepaald onderwerp extra onderzoek te verrichten, terwijl voor andere onderwerpen al veel beschikbaar is en de nadruk meer op implementatie zou moeten liggen. Er wordt dan ook niet een minimumpercentage voor implementatie vereist van individuele projecten. Wel vereist ZonMw dat alle projecten een onderdeel implementatie opnemen in de aanvraag en daarvoor geld reserveren. ZonMw heeft aangegeven dat hier ook goed naar gekeken zal worden. De motie heeft in die zin al een stimulerend effect gehad.

14
Hoe krijgt de aandacht voor implementatie van resultaten en uit projecten voortgekomen producten vorm? Kunt u een helder overzicht geven van de activiteiten of producten die worden gefinancierd middels de implementatiebudgetten? Hoe komt de verkregen kennis binnen de individuele projecten ten goede aan andere organisaties en partijen in Nederland die zich bezig houden met de palliatieve zorg?

14
De aandacht voor implementatie van resultaten krijgt vorm via de instrumenten die ZonMw daar voor heeft (bijvoorbeeld ondersteuningsinstrumenten en tips over implementatie op de website, projectleidersbijeenkomsten, gesprekken op locatie, enz.). Ook de zeven consortia bieden

hulp bij implementatie. Omdat de projecten uit 2015 maar net gehonoreerd zijn en er geen vast stramien is voor implementatie, is het nog niet mogelijk om een overzicht te geven van alle activiteiten en producten uit de implementatiebudgetten. Wel bevat, zoals vermeld onder vraag 2, de website van Agora een apart onderdeel voor alle consortia palliatieve zorg (met op termijn ook steeds meer informatie over projecten).

15
Gekeken naar de gehonoreerde projecten, hoeveel is er aan cofinanciering en eigen bijdragen toegezegd? Door welke partijen zijn welke bedragen toegezegd?

15
Meestal dragen organisaties zelf bij aan de financiering, bijvoorbeeld met personeelsinzet op kosten van de aanvrager of een samenwerkingspartner. Van de 19 gehonoreerde projecten is dit bij 14 projecten het geval. In totaal is ruim € 630.000,- toegezegd door partijen. In bijlage 5 is een verdere uitsplitsing opgenomen[5].

16
De projecten bestonden/bestaan uit drie pijlers, te weten onderzoek, onderwijs en praktijk. Wogen in de beoordeling van de projecten deze drie pijlers allemaal even zwaar? Zo nee, welke pijler woog het zwaarst?

16
Ja, in de beoordeling wegen deze pijlers even zwaar. Belangrijk is dat in de projecten alle pijlers worden meegenomen en dat het goed wordt onderbouwd als een pijler toch niet wordt meegenomen. Afhankelijk van het soort project en onderwerp zal het zwaartepunt per pijler verschillen. Als het bijvoorbeeld om een project gaat voor het ontwikkelen van opleidingen, zal de nadruk vanzelfsprekend wat meer op de pijler onderwijs liggen.

17
Om de kwaliteit van zorg te meten moeten de projecten een aantal indicatoren bijhouden. Kan worden aangegeven welke indicatoren dat zijn, wie deze indicatoren heeft vastgesteld, op basis waarvan tot deze selectie van indicatoren is gekomen? Wat gebeurt er uiteindelijk met de verzamelde informatie?

17
Het voorstel om te komen tot deze indicatoren is momenteel nog in behandeling. Vanaf begin 2017 of zodra de set indicatoren beschikbaar is, zullen relevante projecten worden gevraagd om dit bij te gaan houden. Deze informatie, die met behulp van indicatoren wordt verzameld, zal kunnen worden gebruikt door professionals en instellingen om de kwaliteit van hun zorg te verbeteren. Verder kan de informatie worden gebruikt door publiek en samenleving, alsook zorgverzekeraars en toezichthouders om de kwaliteit van zorg en de voortgang daarvan te beoordelen.

18
Wat wordt er precies bedoeld met de opmerking dat «de honoreringskansen voor relevante en goede projecten in de ronde 2016 door een verbeterde beoordelingssystematiek worden vergroot»?

[5] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

18
De matrix met 6 clusters over relevantie en kwaliteit is aangepast. Aanvankelijk hadden projecten die «zeer relevant» waren maar «voldoende van kwaliteit» (cluster 3) meer kansen op honorering dan projecten die «relevant» waren en «goed van kwaliteit» (cluster 4). Deze volgorde is in 2016 omgedraaid, omdat de verschillen tussen «zeer relevant» en «relevant» kleiner bleken te zijn dan de verschillen tussen «goed van kwaliteit» en «voldoende van kwaliteit».

19
Aangegeven wordt dat als het gaat om de betrokkenheid van patiënten bij de consortia de financiële situatie van Zorgbelang een knelpunt vormt. Kunt u toelichten wat de financiële situatie is van Zorgbelang en wat de problemen zijn?

19
In beginsel is het is aan Zorgbelang zelf om aan te geven welke financiële situatie er is. Er is geen structurele subsidierelatie tussen VWS en Zorgbelang. Zorgbelang is wel een van de partijen die betrokken is bij en een subsidie krijgen in het kader van de uitvoering van het programma «Aandacht voor Iedereen» (AVI). Onlangs hebben de koepels van cliëntorganisaties een met de VNG afgestemd programmaplan ingediend waarmee een vervolg op dit programma wordt voorgesteld. Een besluit over dit programmaplan wordt naar verwachting binnenkort genomen.
De betrokkenheid van patiënten bij projecten van het programma «Palliantie. Meer dan zorg» wordt ook op andere manieren geborgd, zoals ook aangegeven in de Managementrapportage.

20
Wanneer kunnen we de eerste resultaten verwachten?

20
De meeste projecten zijn net gestart en hebben een looptijd van 3 jaar. In de loop van de projectduur zullen voortgangsrapportages beschikbaar komen. Verder zijn er vanuit het ZonMw Verbeterprogramma Palliatieve zorg al veel resultaten beschikbaar (zie ook de website van Agora en goedevoorbeeldenpalliatievezorg.nl) en zullen ook de beide Kennissyntheses dit jaar worden opgeleverd.

21
Wat wordt er in de uitvoering van het programma «palliantie meer dan zorg» gedaan aan het bevorderen van samenwerking tussen palliatieve zorgprofessionals en dementieketens?

21
In de call in 2014 voor de oprichting van consortia palliatieve zorg staat: Indien mogelijk is het een pre als aangesloten wordt bij bestaande en relevante regionale netwerken en samenwerking.
Bij nieuwe projecten op het snijvlak van Palliatieve zorg en dementie zal aandacht worden gevraagd voor deze samenwerking.
Zie ook het antwoord op vraag 33.

22
Kan een integraal overzicht worden gegeven wat er in het kader van het programma «Palliantie Meer dan zorg» wordt gedaan aan het verbeteren van de palliatieve zorg voor de doelgroep van mensen met dementie, en hoe dit zich verhoudt tot eventuele initiatieven buiten het kader van dit programma?

22
Er zijn bij het programma «Palliantie. Meer dan zorg» twee projecten gehonoreerd met als doelgroep (onder andere) mensen met dementie. Het programma «Palliantie. Meer dan zorg» en het Verbeterprogramma Palliatieve Zorg bouwen, waar mogelijk, voort op de resultaten uit eerdere ZonMw programma's. Daarnaast zijn er ten minste 19 andere projecten voor mensen met dementie bij verschillende andere Zon-Mw programma's. Zie de bijlage 6 voor een overzicht van de belangrijkste projecten (op ZonMw.nl/nl/projecten is via het projectnummer nadere informatie te vinden over deze projecten[6]). Er zijn verder heel veel initiatieven met uiteenlopende doelen die zich richten op de zorg voor mensen met dementie. Het is niet mogelijk om alle verbanden aan te geven en hoe de initiatieven zich verhouden tot «Palliantie. Meer dan zorg».

23
Voor thuiswonende patiënten die op de wachtlijst staan voor een verpleeghuis kan momenteel geen casemanagement dementie worden ingezet. Wat gaat u doen om de zorgoverdracht en palliatieve zorg voor deze doelgroep te verbeteren?

23
Casemanagement maakt integraal en onlosmakelijk onderdeel uit van de zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden en behoort daarmee zowel in de Zvw als de Wlz tot de verzekerde zorg. Het is vervolgens aan verzekeraars en aanbieders om afspraken te maken hoe de functie casemanagement wordt ingekocht en geleverd aan mensen met dementie die voor de Wlz geïndiceerd zijn en die thuis zorg ontvangen, in afwachting van een verhuizing naar het verpleeghuis of die thuis zorg ontvangen met een MPT of VPT. Voor mensen met dementie en hun mantelzorger die thuis wonen moet casemanagement beschikbaar zijn. Dit staat in de Zorgstandaard dementie. Daarin is ook opgenomen dat er goede overdracht plaatsvindt tussen de zorgverleners die thuis de zorg leveren aan de patiënt en het verpleeghuis waar een patiënt naartoe gaat. Dit is onderdeel van professioneel handelen door een zorgprofessional. Dit wordt ook bevestigd in het rapport van de IGZ van vorig jaar over de continuïteit van zorg bij kwetsbare ouderen. De IGZ ziet toe op de uitvoering door de veldpartijen van de verbeteringen die de IGZ heeft voorgesteld in dit rapport. Aanvullend blijf ik partijen aanspreken op hun verantwoordelijkheid en hen daarbij steunen, onder andere in het verbeterprogramma voor de zorg en ondersteuning voor mensen met dementie en hun mantelzorgers in het kader van het Deltaplan Dementie.

24
Met de eerste tranche van 19 goedgekeurde projecten is het budget voor 2015 volledig besteed. Wat is de verdere stand van zaken en wat is de planning voor de budgetten en tranches over de jaren 2016–2020?

24
Voor 2016 is het budget voor nieuwe projecten reeds vastgesteld. Voor de jaren erna kan de programmacommissie besluiten over budgetten (binnen de afspraken die daarover met VWS zijn gemaakt kan eventueel budget naar voren worden gehaald) en vormgeving van de volgende rondes. De tranches aan het einde van het programma zijn mede afhankelijk van het moment van oplevering van gewenste resultaten en tot wanneer het programma uiteindelijk mag lopen (in welk jaar mogen resultaten uiterlijk worden opgeleverd). In de opdracht aan Zonmw is thans rekening

[6] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

gehouden met uitgaven tot en met 2023 (bijvoorbeeld voor projecten die pas in 2020 worden toegekend).

25
In het verslag d.d. 24 september 2014 van een schriftelijk overleg (Kamerstuk 29 509, nr. 47) constateerde u dat de palliatieve zorg vaak te versnipperd is, met wisselende kwaliteit en toegankelijkheid. Op welke wijze draagt de uitvoering van het programma «Palliantie Meer dan zorg» momenteel bij aan het minder versnipperd en aanbod gestuurd maken van de palliatieve zorg voor mensen met dementie, mede gelet op wat hierover in de zorgstandaard dementie staat?

25
In de Zorgstandaard Dementie (voorjaar 2013) staat beschreven hoe goede zorg aan mensen met dementie en hun mantelzorgers eruit moet zien. Er is geen directe passage in de zorgstandaard over palliatieve zorg opgenomen.
Het programma «Palliantie. Meer dan zorg» is net gestart en het is om die reden niet mogelijk om nu al aan te geven hoe het programma momenteel bijdraagt aan de praktijk van palliatieve zorg, en palliatieve zorg voor mensen met dementie.
Hier kan pas iets over gezegd worden als projecten, bijvoorbeeld de twee projecten genoemd onder vraag 22, verder gevorderd zijn.

26
Wat wordt er in de uitvoering van het programma «Palliantie Meer dan zorg» gedaan aan het bevorderen van samenwerking tussen palliatieve zorgprofessionals en dementieketens?

26
Zie antwoord op vraag 21.

27
Kan een integraal overzicht worden gegeven wat er in het kader van het programma «Palliantie Meer dan zorg» wordt gedaan aan het verbeteren van de palliatieve zorg voor de doelgroep van mensen met dementie, en hoe dit zich verhoudt tot eventuele initiatieven buiten het kader van dit programma?

27
Zie antwoord op vraag 22.

28
Biedt de kennissynthese Onderwijs ruimte om in de opleidingen voor medewerkers van verpleeghuizen meer specifieke aandacht te geven aan de palliatieve zorg voor mensen met dementie?

28
De kennissynthese zal naar verwachting deze zomer worden opgeleverd. Doelstelling van de kennissynthese is het doen van aanbevelingen voor een toekomstgericht, efficiënt en kwalitatief goed onderwijsaanbod voor alle professionele zorgverleners in de palliatieve zorg (zie ook antwoord op vraag 6). Indien uit de kennissynthese concrete aanbevelingen volgen voor meer specifieke aandacht voor palliatieve zorg voor mensen met dementie in de opleidingen voor medewerkers van verpleeghuizen, zal ik uiteraard bezien of deze bijvoorbeeld kunnen worden meegenomen in het kader van het programma Waardigheid en trots.

29
Voor thuiswonende patiënten die op de wachtlijst staan voor een verpleeghuis kan momenteel geen casemanagement dementie worden ingezet. Wat gaat u doen om de zorgoverdracht en palliatieve zorg voor deze doelgroep te verbeteren?

29
Zie antwoord op vraag 23.

30
Uit de Managementrapportage 2015 blijkt dat de kennissynthese Onderwijs in juni 2016 een rapport zal opleveren. Kunt u dit rapport, voorzien van een kabinetsreactie, aan de Kamer sturen?

30
Ja. Ik verwacht het rapport na de zomer en zal het u dan toesturen.

31
In hoeverre vindt u dat iedere burger per direct verzekerd moet zijn van goede palliatieve zorg op de juiste plaats, op het juiste moment en door de juiste zorgverleners?

31
Ik ben het met deze stelling eens. Het Nationaal programma palliatieve zorg is er op gericht om dit nog beter mogelijk te maken.

32
In hoeverre zijn alle relevante specialisaties in Expertisecentra Palliatieve Zorg (EPZ) in voldoende mate vertegenwoordigd?

32
De vraag naar relevante specialisaties binnen de palliatieve zorg heeft betrekking op de volle breedte van het lichamelijke, psychosociale en spirituele domein. Maar ook op de volle breedte van de doelgroepen, zoals kinderen, mensen van allochtone afkomst, mensen met verstandelijke beperkingen, mensen zonder verblijfsstatus, asielzoekers en daklozen. Daarnaast kunnen we specialisaties onderscheiden in de diverse aandoeningen waaraan mensen lijden zoals kanker, psychiatrische aandoeningen, COPD, ziekte van Parkinson, ALS, hartfalen en dementie. Afhankelijk van de patiënten aantallen is expertise in alle EPZ-en aanwezig. Concentratie van expertise vindt plaats als het om kleine doelgroepen gaat. Daarom werken de EPZ-en samen. Samenwerking binnen een consortium met instituten en organisaties buiten de EPZ-en vergroot verder de vertegenwoordiging van alle relevante specialisaties.

33
In hoeverre zijn de dementieketens betrokken bij de zeven regionale consortia Palliatieve Zorg, en in hoeverre staan de consortia open voor dergelijke betrokkenheid?

33
Er zijn geen formele verbindingen gemaakt vanuit de consortia met de dementieketens. Wel hebben netwerken palliatieve zorg (als kernpartners van het consortium) gekoppelde verbindingen met de ketens dementie (bijvoorbeeld via transmurale zorgorganisaties). In het Verbeterprogramma 2012–2016 zijn vier Netwerken Palliatieve Zorg in Nederland een directe verbinding aangegaan met dementieketens.

Andere voorbeelden waarbij de verbinding tot uiting komt zijn de ontwikkeling van een handreiking palliatieve zorg en dementie, alsmede

het benoemen van dementie als thema voor bijeenkomsten. Consortia geven aan open te staan voor verdere samenwerking als dat een meerwaarde heeft voor de te bereiken doelen.

34
Waar valt de gespreide verdeling van projectideeën onder verschillende regio's door te verklaren?

34
Er zijn meerdere regio's die projectideeën hebben ingediend. Regio's kunnen natuurlijk met dezelfde ideeën/thema's aan de slag willen gaan. De programmacommissie let hier op en waar dat nodig en zinvol is, worden partijen met elkaar in contact gebracht.

35
Hoe valt de relatief lage cofinanciering per projectvoorstel met positief advies te verklaren? Wat zegt dit over het maatschappelijk draagvlak van deze projecten?

35
Cofinanciering kan goed zijn voor de betrokkenheid van partijen bij een project, maar het is geen criterium voor een positief of negatief advies. In de palliatieve zorg zijn minder instellingen die bij kunnen dragen dan in een sector als geneesmiddelen of doelmatigheidsonderzoek. Het zijn meestal de aanvragende instellingen zelf die bijdragen. Het is de intentie om tot meer cofinanciering te komen in de volgende rondes.

36
In hoeverre bent u tevreden over de spreiding van projectideeën en subsidieaanvragen over de verschillende settingen?

36
In de managementrapportage staat de verdeling van projectideeën en subsidieaanvragen over de verschillende settings opgenomen in tabellen 6 en 12. In de rapportage wordt gesteld dat er een goede spreiding is. De thuiszorg en de universiteiten (ook omdat daar vaak begeleidend onderzoek plaatsvindt) worden wat vaker genoemd en de gehandicaptenzorg en in de GGZ relatief minder vaak. Vrijwel alle aanvragen hebben meerdere settings genoemd. Al met al ben ik hier tevreden over. Voor een eerste ronde met vrije aanvragen is dit een mooi resultaat.

37
In hoeverre bent u, gezien de belangrijke rol voor deze discipline, tevreden over de betrokkenheid van vrijwilligers bij de verschillende project ideeën én subsidie-aanvragen?

37
Ik ben daar tevreden over. In 19 van de 71 ingediende projectideeën worden vrijwilligers als betrokken discipline genoemd. De wijze waarop de vrijwilligers in de projectideeën waren betrokken zijn divers. Enkele voorbeelden zijn:

- Het projectidee is opgesteld en uitgewerkt met vrijwilligers die betrokken zijn bij de netwerken palliatieve zorg;
- Het organiseren van een landelijke werkconferentie met vrijwilligers (VPTZ);
- Vertegenwoordiging in focusgroepen bij het onderzoek;
- Een regionale vrijwilligersorganisatie is betrokken om mee te denken in het project en te helpen bij het vinden van respondenten.

Ik zal blijven stimuleren dat vrijwilligers, waar relevant, zoveel mogelijk betrokken worden bij de projecten.

38
Uit Tabel 5 blijkt dat er 13 projectideeën voor mensen met dementie zijn ingediend, waarvan er zes positief zijn beoordeeld en zeven negatief. Wat zijn in het algemeen doorslaggevende redenen waarom bepaalde projectideeën voor mensen met dementie positief zijn beoordeeld en andere negatief?

38
De redenen zijn wisselend. Alle projecten worden beoordeeld op basis van de relevantie- en kwaliteitscriteria die bij de call horen. Bij de bespreking van projectideeën in de commissievergadering wordt in dat kader gekeken of een project bij uitwerking tot een subsidievoorstel kans maakt te worden gehonoreerd.

39
In hoeverre vindt u dat er binnen het programma voldoende aandacht is voor (reguliere) hospicezorg?

39
De betrokkenheid van hospices bij de verschillende projecten is mijns inziens voldoende. Bij 7 van de 19 gehonoreerde projecten zijn hospices vertegenwoordigd. Dit is bijvoorbeeld als hoofdaanvrager van een project, waarbij activiteiten voor-namelijk in de hospice setting zullen plaatsvinden, zoals de ontwikkeling van een consultatiefunctie. Een ander voorbeeld is een hospiceverpleegkundige die in het projectteam is opgenomen of een project waarbij ziekenhuis en hospice intensief gaan samenwerken in het kader van een goede transitie.

40
In hoeverre wordt er binnen het programma onderzocht of het aantal (reguliere) hospices en bijna thuis huizen afneemt of toeneemt? Wordt ook bekeken in welke regio's deze ontwikkelingen zich voordoen en hoeverre dat leidt tot knelpunten?

40
Nee, dit valt in beginsel buiten het programma «Palliantie. Meer dan zorg». Dit soort cijfers worden bijvoorbeeld bijgehouden via de rapportage van VPTZ Nederland, voor zover het plaatsen betreft waar opgeleide vrijwilligers worden ingezet. Behoeften en knelpunten worden verder geïnventariseerd binnen de netwerken palliatieve zorg.

41
In hoeverre wordt er binnen het programma onderzocht wie over het algemeen de oprichters zijn van hospices en bijna thuis huizen en in welke mate daar veranderingen in waar te nemen zijn?

41
Nee, dit valt buiten het programma «Palliantie. Meer dan zorg». Zie ook het antwoord op vraag 40.

42
In hoeverre wordt er binnen het programma onderzocht wat de voornaamste financieringsbronnen zijn van hospices, waar eventuele knelpunten liggen en of dat varieert per regio?

42
Nee, dit valt buiten het programma «Palliantie. Meer dan zorg». Zie ook het antwoord op vraag 9.

43
In hoeverre wordt er binnen het programma onderzocht waar vrijwilligers vandaan komen, met welke overwegingen zij vrijwilliger worden en of daar trends in zijn waar te nemen?

43
Nee, dit valt buiten het programma «Palliantie. Meer dan zorg». Dit soort cijfers wordt bijgehouden via de rapportagerapportage van VPTZ Nederland, waarin bijvoorbeeld het aantal vrijwilligers wordt weergegeven. Naar overwegingen om vrijwilliger te worden, en naar trends in dergelijke overwegingen wordt door VPTZ Nederland geen specifiek onderzoek gedaan. De praktijk leert dat ervaringsdes-kundigheid als mantelzorger of naaste een belangrijk motief vormt.

Er kunnen in beginsel projecten worden ingediend die bijdragen aan de doelstelling van het nationaal programma dat de inzet van opgeleide vrijwilligers in de laatste levensfase mogelijk is op alle plaatsen waar mensen overlijden.
Het belangrijkste instrument daarvoor is echter de subsidieregeling Palliatieve Terminale zorg en die valt buiten het programma «Palliantie. Meer dan zorg».

44
In hoeverre wordt er binnen het programma al vooruit gelopen op de veranderingen in de financiering van palliatieve zorg die u recentelijk aan de Kamer heeft toegezegd? In hoeverre leiden de bevindingen hierover tot adviezen en gaat u deze benutten?

44
Ik heb aan de kamer toegezegd om de voor- en nadelen van de verschillende opties voor financiering van Palliatieve zorg op een rij te zetten. Het is nog niet duidelijk of dat tot veranderingen moet en zal leiden. Binnen het programma wordt hier dan ook nog niet op vooruitgelopen. Zie ook het antwoord op vraag 9.

45
Eén van de doelen is afname van ziekenhuisopnames. Hoe verhoudt zich dit tot de gevallen waarbij mensen tegen hun zin in het ziekenhuis moesten overlijden?

45
De afname van ziekenhuisopnames is geen doel op zich binnen het programma. Wel willen we er voor zorgen dat er minder mensen in crisissituaties naar het ziekenhuis worden gebracht, terwijl dat eigenlijk niet meer nodig of gewenst is. Dit soort situaties doet zich nog wel eens voor, als de eigen huisarts niet aanwezig of bereikbaar is of als er vooraf geen goede afspraken zijn gemaakt wat te doen in dit soort crisissituaties. Als het aantal van dit soort crisisopnames afneemt, dan zal dit waarschijnlijk ook bijdragen aan de afname van het aantal ongewenste overlijdens-gevallen in ziekenhuizen.

46
Waarom is er voor de geestelijke gezondheidszorg geen project gehonoreerd?

46
Zie het antwoord op vraag 10.

47
Wat is de reden dat mensen met een verstandelijke beperking als doelgroep weinig aan bod komen?

47
Er is een project op dit gebied toegekend. Omdat er nog maar 19 projecten zijn goedgekeurd in de eerste ronde en er diverse doelgroepen zijn, is het niet op voorhand zo dat deze groep te weinig aan bod komt. Binnen het programma «Gewoon bijzonder» kunnen ook projecten worden ingediend waar palliatieve zorg specifiek voor deze doelgroep aan bod komt.

48
Biedt de kennissynthese Onderwijs ruimte om in de opleidingen voor medewerkers van verpleeghuizen meer specifieke aandacht te geven aan de palliatieve zorg voor mensen met dementie?

48
Zie het antwoord op vraag 28.

49
Kunt u een helder overzicht geven met daarin de gehonoreerde projecten, de daarbij horende toegekende budgetten, de (door)looptijden, de indieners, de samenwerkende partijen binnen het project (uitgesplitst naar partijen in de projectgroep en op andere wijze betrokken partijen), de inhoudelijke thema's binnen het programma waarbinnen het project valt en de geformuleerde doelen? Kunt u daarbij aangeven welke implementatieprojecten bij welke onderzoeks-projecten horen? Kunt u daarbij tevens aangeven of het project is ingediend door (partners uit) de consortia?

49
In bijlage 1 bij de managementrapportage is het overzicht van gehonoreerde subsidieaanvragen en de samenwerkingspartners opgenomen. Alle projecten hebben een aparte module (met gereserveerd budget) voor implementatie, maar het is niet zo dat er een apart implementatieproject hoort bij een onderzoeks-project.
Ik stuur u bijgaand een aangepaste bijlage 1 (bijlage 7) met het toegekende budget, de voorziene doorlooptijd en de samenwerkingspartijen[7]. De overige betrokkenen bij projecten staan niet altijd vermeld ofwel wisselen in de loop van de uitvoering van het project. Van de genoemde samenwerkingspartners in de bijlage is een intentieverklaring voor de uitvoering van het project ondertekend en ontvangen door ZonMw. Van de 19 projecten zijn 15 projecten ingediend door een consortium palliatieve zorg. Drie andere projecten zijn aangemeld bij een consortium en één project niet.

50
Is de commissie voornemens om in de ronde 2016 gericht actie te ondernemen met top-down opdrachten als het gaat om specifieke doelgroepen die op dit moment niet of nauwelijks vertegenwoordigd zijn in de gehonoreerde projecten, waaronder mensen met een verstandelijke beperking, dak- en thuislozen en de GGZ?

50
Nee, nog niet in de ronde voor 2016. Deze calls zijn al uit. Afhankelijk van de ingediende en gehonoreerde projecten in 2016 zal in 2017 gericht actie worden ondernomen.

[7] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

51
In hoeverre draagt de lokale samenwerking tussen zorgverleners en organisaties zoals huisartsen, hospices, verpleeghuizen, thuiszorg, ziekenhuizen, vrijwilligers- en patiëntenverenigingen in het kader van de zeven regionale consortia bij aan het terugdringen van versnippering van de palliatieve zorg?

51
De lokale samenwerking vindt in eerste instantie plaats in het kader van de regionale netwerken palliatieve zorg. De constructie van een landelijk dekkend geheel van 65 regionale netwerken bestaat inmiddels 15 jaar. In deze netwerken wordt regionaal gewerkt aan het terugdringen van versnippering. De netwerken sluiten verder aan op nationale ontwikkelingen en stimuleren dat nationaal overeengekomen goede voorbeelden in de praktijk worden toegepast.

Consortia kunnen bijdragen door het mede stimuleren van de samenwerking tussen netwerken onderling, alsook tussen netwerken palliatieve zorg enerzijds en de expertisecentra en andere netwerken in de regio anderzijds.

Regionale consortia zijn er op gericht om in samenhang verbeterprojecten uit te voeren en ook om knelpunten die de continuïteit van zorg belemmeren op te lossen binnen de samenwerking tussen bovengenoemde instellingen. De consortia zijn jong, de eerste projecten gaan nu van start. De effecten zijn nog niet aantoonbaar. Via consortia zal een bovenregionale verbinding ontstaan tussen netwerken en het onderwijs.

52
In hoeverre draagt het Landelijk Overleg Consortia palliatieve zorg bij aan betere ondersteuning door gemeentelijke bestuurders aan ongeneeslijk zieken en hun nabestaanden?

52
Het Landelijk Overleg Consortia (LOCo) is een afstemmingsoverleg voor de 7 consortia, Fibula en IKNL. De contacten met gemeenten lopen niet via het LOCo maar via de afzonderlijke consortia en vooral via de netwerken. Gemeentelijke ambtenaren belast met zorg in het kader van de Wmo zullen waar relevant worden betrokken bij de projecten. In het LOCo wordt het overzicht van regionale projecten en betrokken doelgroepen gedeeld. Meer in het algemeen ondersteunen consortia/ netwerken de samenwerking en samenhang van betrokken organisaties bij de palliatieve zorg, waardoor ook gemeentelijke bestuurders beter zicht kunnen krijgen op de palliatieve zorg.
Het betrekken van gemeentelijke bestuurders heeft ook de aandacht van de stuurgroep palliatieve zorg in het kader van het nationaal programma. De VNG maakt hiertoe deel uit van de stuurgroep.

53
In hoeverre draagt het programma «Palliantie meer dan zorg» bij aan het verbeteren van het onderdeel gedeelde kennis en expertise ten aanzien van specifieke doel-groepen door gespecialiseerde zorginstellingen zoals vermeld in tabel 1 van de managementrapportage?

53
Zie het antwoord op vraag 32. De specialisaties van de verschillende consortia zijn door de EPZ/consortia alleen voor 2015/2016 aangegeven. In maart 2016 zullen consortia opnieuw de specialisaties bespreken en indien nodig aanpassen. ZonMw verplicht de hoofdaanvragers van de gehonoreerde subsidieprojecten samen te werken met de relevante

Expertisecentra Palliatieve Zorg die zich specialiseren op hun onderwerp/doelgroep.

54
Op welke manier worden goede voorbeelden en resultaten uit verschillende regionale consortia Palliatieve Zorg met elkaar gedeeld? Hoe wordt ervoor zorg gedragen dat de consortia ook kennis en ervaringen uitwisselen als het gaat om zaken die beter kunnen? Hoe kan de kennis uit deze consortia worden gedeeld met de netwerken die actief zijn binnen deze consortia en de individuele zorgverleners?

54
De website van Agora bevat inmiddels onder andere een apart onderdeel voor alle consortia palliatieve zorg en ook de goede voorbeelden vanuit het lopende Verbeterprogramma zijn hier opgenomen.

De deelnemers van het Landelijk Overleg Consortia (LOCo) beschikken over een lijst van projecten en contactpersonen waardoor eenvoudig contact voor kennisdeling kan worden gelegd. Daarnaast heeft ZonMw het voorstel gedaan meerdere bijeen-komsten verspreid over het land te faciliteren waarin de consortia de resultaten van de projecten aan elkaar presenteren. Op dit moment zitten de consortia nog in de fase van opbouw en starten ze met de eerste projecten. Kennisdeling zal in een latere fase geïntensiveerd worden.

55
Welke mogelijke wijziging zal door de consortia worden doorgevoerd in 2016 als het gaat om het in kaart brengen van de aanwezige expertise en specialisaties binnen een consortium?

55
Zie het antwoord op vraag 53.
Zoals bij vraag 32 aangegeven, is het van belang expertise en specialisaties te bezien in de volle breedte van doelgroepen, ziektebeelden en vier dimensies van palliatieve zorg. De vraag impliceert dat inzichtelijk moet worden waar concentratie en spreiding van expertise binnen de consortia aanwezig is. ZonMw heeft de expertisecentra gevraagd een overzicht te maken van specialisaties binnen de EPZen. De EPZen werken aan dit overzicht van expertises en speerpunten en zullen dit delen met ZonMw. Daarbij wordt tevens beoordeeld welke blinde vlekken op korte termijn ingevuld moeten worden. Overigens werken de EPZ-en binnen de consortia samen met andere instellingen met specifieke specialisaties en speerpunten.

56
Op welke manier zijn andere partijen in een regio betrokken door de Expertisecentra Palliatieve Zorg bij het opstellen van de overzichten aanwezige expertise en specialisaties? Waarom is hiervoor gekozen?

56
Zoals bij vraag 32 beschreven, is het juist van belang om binnen consortia alle expertise te bundelen en niet alleen die expertise die binnen de EPZ-en aanwezig is. Daarom zijn ook andere instellingen betrokken bij het opstellen van de overzichten. Dat is op verschillenden manieren gebeurd, al dan niet via de netwerken palliatieve zorg. Voorbeelden hiervan zijn Stichting Prisma voor verstandelijk gehandicapten in consortium Zuidwest Nederland, de expertise die zit bij centra voor mantelzorgondersteuning, psychosociale begeleiding bij kanker en vrijwilligersorganisaties.

57
Hoe kan de concentratie van het aantal ingediende subsidieaanvragen in vooral Amsterdam, Rotterdam, Groningen en Nijmegen worden verklaard? Kan een verklaring worden gezocht in een actieve participatie van de UMC's in deze regio's? Is het wenselijk te bevorderen dat ook subsidies worden aangevraagd en toegekend in regio's waar geen UMC aanwezig is? Zo ja, hoe kan dit bevorderd worden?

57
Wat betreft het aantal ingediende projectvoorstellen springen Amsterdam, Rotterdam, Groningen en Nijmegen er uit maar verder zijn er vanuit alle consortiaregio's meerdere projectvoorstellen ingediend. In alle regio's zijn project-voorstellen gehonoreerd. Alle regio's en netwerken zijn nu ook gekoppeld aan een Expertisecentrum vanuit een UMC. De netwerken palliatieve zorg zorgen ervoor dat ook regio's die wat verder af liggen van een expertisecentrum aan bod komen.

58
Zal er in de gehonoreerde projecten van het programma aandacht worden besteed aan de advisering van artsen aan patiënten in de laatste levensfase wat betreft het voortzetten van medische behandelingen en het uitvoeren van levensverlengende ingrepen?

58
Ja, er zijn in 2015 al meerdere projecten gehonoreerd op het vroegtijdig bespreken van de behandeling met de patiënt, onder andere met Advance Care Planning.

59
Op welke manier zullen de gehonoreerde projecten die aansluiten bij het programmadoel Bewustwording en Cultuur bijdragen aan het breed kenbaar maken van informatie over activiteiten en bevindingen van de organisaties en instellingen aangesloten bij de zeven regionale consortia?

59
Het hangt van de inhoud van deze gehonoreerde projecten af of dit zinvol en mogelijk is. In beginsel zal informatie over activiteiten en bevindingen van de consortia door deze consortia kenbaar worden gemaakt, onder meer via de website van Agora (zie antwoord op vraag 2).

60
Op welke wijze draagt de uitvoering van het programma «Palliantie Meer dan zorg» momenteel bij aan het minder versnipperd en aanbod gestuurd maken van de palliatieve zorg, gelet op samenwerking tussen generalistische en specialistische zorg?

60
Binnen het programma kunnen projecten worden ingediend op het gebied van organisatie en continuïteit van zorg. Daaronder valt ook de samenwerking tussen generalistische en specialistische zorg.

61
In hoeverre dragen de gehonoreerde projecten die aansluiten bij het programmadoel Organisatie en continuïteit van zorg bij aan een betere financiële en praktische aansluiting van de hospicezorg bij het multidimensionale en dikwijls complexe karakter van de zorgvraag van patiënten die in hospices verblijven?

61
De gehonoreerde projecten binnen Palliantie dragen hier hoogstens indirect aan bij. De financiering van complexe hospicezorg valt buiten de doelen van het programma «Palliantie. Meer dan zorg».

62
Op welke manier dragen de activiteiten in het kader van het programmadoel Bewustwording en Cultuur bij aan het verbeteren van de spirituele en psychosociale begeleiding van patiënten binnen de palliatieve zorg?

62
Er kunnen bij «Palliantie. Meer dan zorg» ook projecten voor het verbeteren van kennis en invoeren van pilots inzake de spirituele en psychosociale begeleiding van patiënten worden ingediend.

63
Welke maatregelen worden genomen om specifieke doelen binnen de thema's die nu niet vertegenwoordigd zijn in de gehonoreerde projecten, waaronder het vergroten van kennis over shared decision making en het ontwikkelen van een landelijk kwaliteitsinstrument voor continuïteit van zorg, alsnog te realiseren?

63
In de ronde van 2016 wordt nogmaals opgeroepen om projecten op dit onderwerp in te dienen. Zie ook de antwoorden op vraag 12.

64
Kan inzicht worden ingegeven in de wijze waarop patiënten actief worden betrokken bij de totstandkoming en uitvoering van de gehonoreerde projecten?

64
Uit het overzicht bij vraag 1 blijkt dat bij de consortia organisaties die patiënten vertegenwoordigen betrokken zijn. Bij opzet en uitvoering van het project worden patiënten gevraagd mee te denken. Dat kan door participatie in de projectgroepen, door deelname aan bijvoorbeeld focusgroepen of via patiëntenpanels. Het benaderen van patiënten voor deelname gebeurt via de patiëntenorganisaties of via hulpverleners binnen de netwerken. Eén van de gehonoreerde projecten richt zich op onderzoek naar «betekenisvolle patiënten participatie».

ZonMw heeft daarnaast in samenwerking met de patiëntenfederatie NPCF een patiëntenpanel ingesteld om de uitgewerkte projectvoorstellen te beoordelen op relevantie voor de patiënt en de wijze waarop de patiënten bij het project worden betrokken.

65
Op welke manier wordt bij het opstellen van de kennissynthese Onderwijs rekening gehouden met het benodigde onderwijs om rekening te houden met de wensen en behoeften van specifieke doelgroepen?

65
Doelstelling van de kennissynthese is het doen van aanbevelingen voor een toekomstgericht, efficiënt en kwalitatief goed onderwijsaanbod voor alle profes-sionele zorgverleners in de palliatieve zorg. Hiertoe zal het huidige onderwijsaanbod in palliatieve zorg in kaart worden gebracht, inclusief voor specifieke doelgroepen.
Zie verder ook de antwoorden op vragen 6, 28 en 30.